

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 116.

DES
FISTULES URINAIRES VAGINALES

consécutives à

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE AVEC ÉVIDEMENT PELVIEN
POUR CANCER UTÉRIN
et de leur traitement par le Colpocléisis élevé

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André CHEVREAU

Né le 6 mars 1885, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911

DES FISTULES URINAIRES VAGINALES

consécutives à

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE AVEC ÉVIDEMENT PELVIEN

POUR CANCER UTÉRIN

et de leur traitement par le Colpocléisis élevé



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 116.

DES
FISTULES URINAIRES VAGINALES

consécutives à

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE AVEC ÉVIDEMENT PELVIEN

POUR CANCER UTÉRIN

et de leur traitement par le Colpocléisis élevé

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André CHEVREAU

Né le 6 mars 1885, à Saint-Maixent (Deux-Sèvres)



MALOINE, ÉDITEUR

LYON

Rue de la Charité, 6

PARIS

Rue de l'École-de-Médecine, 25

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	{	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale	{	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	{	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	{	BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	{	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique	{	MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	{	COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène	{	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X.
Pharmacologie	{	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
	{	PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC,	MM. J. LEPINE.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (EL.).	LERICHE.	GUILLEMAUD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. POLLOSSON, Président; M. ROCHET, Assesseur;
MM. LERICHE et THEVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Grand-Père,

Le Docteur OCTAVE CHEVREAU

Médecin major de première classe, Chevalier de la Légion d'honneur.

A la mémoire de mon Père,

Monsieur GEORGES CHEVREAU

Capitaine au 114^e de ligne.

A LA MÉMOIRE DE MA MERE

A MON ONCLE, M. HENRI CHEVREAU

Colonel du Génie, Commandeur de la Légion d'honneur.

*Faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

A MA TANTE

A MON BEAU-FRÈRE, M. EMMANUEL CHEVREAU

Capitaine d'Infanterie coloniale.

A MA SŒUR

A Monsieur le Professeur AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de clinique de gynécologie,
Ex-Chirurgien major de la Charité.

Avec nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

On sait quel chemin a parcouru, ces dernières années, la question du traitement du cancer utérin, et comment on est arrivé aux considérations récentes.

Actuellement, on a reculé de plus en plus les limites d'opérabilité, si bien qu'entre les mains de certains chirurgiens, le néoplasme est rarement au delà de ces limites. On ne peut plus dire que l'immobilité de l'utérus, que l'envahissement des ligaments utéro-sacrés, que l'extension au paramètre constatée par le toucher, que l'âge du malade soient des contre-indications. Par contre, des contre-indications persistent quand, aux constatations faites sur l'extension large du cancer, il vient se surajouter des questions secondaires touchant le mauvais état général, l'existence de lésions viscérales, et rénales en particulier.

Cependant l'opération de Wertheim comporte quelques risques, et sinon des risques quoad vitam, du moins des accidents consécutifs. Il semble, en effet, quand on a pratiqué l'évidement pelvien, qu'on se trouve en face d'un énorme entonnoir cruenté, qu'il sera difficile de combler. En réalité, la péritonisation se fait assez facilement, et le fond séreux du petit bassin se referme. Il est, d'ailleurs, assez surprenant que la réparation consécutive puisse se faire aussi rapidement, toute question de récidive mise à part. Quand on a pu faire des autopsies après la péri-

tonisation, et ceci n'est pas le fait exclusif du Wertheim, mais de toutes les interventions pelviennes, on a trouvé à la place de la suture séreuse un plan uni et lisse, sans aucune trace de points.

Aussi bien, l'étendue du délabrement opéré est-elle moindre qu'il ne le semblerait au premier abord; aussi bien, dans un ordre d'idées un peu voisin, mais en conséquence logique, la gravité de l'intervention est-elle moindre qu'on ne pourrait le croire.

Ce n'est donc pas ce facteur de gravité qui est le plus à redouter dans une opération de ce genre, mais ce sont les incidents de l'intervention elle-même, ou plutôt les complications qui en hérissent la difficulté déjà grande.

En tête de ces complications on peut placer les fistules urinaires. Mais ces fistules urinaires consécutives à l'hystérectomie abdominale avec évidemment pelvien tiennent à deux causes. Elles se produisent, soit par blessure de la vessie, soit par blessure de l'uretère.

Nous nous proposons d'étudier les fistules qui mettent en communication la vessie ou l'uretère avec le vagin, en insistant surtout sur les points qui peuvent avoir une importance pour la question de leur thérapeutique, et nous aborderons ensuite l'étude de leur traitement. Ce plan correspond à une division de trois chapitres.

CHAPITRE PREMIER

De la blessure de la vessie et de l'uretère dans l'hystérectomie abdominale avec évidemment pelvien.

1° *Blessure de la vessie.* — Au moment où la pointe des ciseaux courbes décolle par quelques coups la cloison vésico-vaginale, après avoir effondré le cul-de-sac vésico-utérin, elle est immédiatement au contact du réservoir urinaire qu'elle peut entamer.

Il nous faut, pour pouvoir exposer plus clairement ce qui va suivre, rappeler quelques détails anatomiques indispensables.

La face postérieure de la vessie est, en effet, en rapports intimes avec l'utérus et le vagin. L'insertion du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin délimite au-dessus une zone où la face antérieure de l'utérus, intra-péritonéale, est séparée du fond du bassin par des anses grêles, et en l'absence d'anses intestinales, glisse facilement sur les organes qui le soulèvent. Ce n'est donc que dans sa partie sous-péritonéale que l'utérus entre en rapports très voisins avec la vessie. L'insertion utérine du péritoine du cul-de-sac, qui se fait au niveau de l'isthme ou à peu près, entraîne donc la conséquence suivante, à savoir que c'est uniquement la portion sus-vaginale du col qui est au con-

tact de la vessie. Elle en est séparée par du tissu cellulaire lâche, constituant la cloison vésico-utérine. Cette cloison mesure 1 centimètre 5 de hauteur.

Au-dessous de l'insertion du vagin sur l'utérus, c'est avec le vagin que la vessie entre en contact. Mais au lieu du tissu lâche qui la séparait de l'utérus, elle est ici unie au vagin par un tissu conjonctif dense, serré, la cloison vésico-vaginale, qui mérite son nom de cloison beaucoup plus que la formation homologue située au-dessus.

Cet exposé anatomique éclaire donc d'emblée la pathogénie des fistules urinaires post-opératoires, et on peut en déduire que ces fistules seront plus fréquentes au niveau de la cloison vésico-vaginale, plus difficile à cli-ver.

En réalité, des notions aussi précises perdent leur exactitude dans le cas particulier de cancer, alors que la néoplasie a fleuri, si l'on me pardonne cette expression, en prenant des prolongements dans le tissu cellulaire péri-utérin. Il se trouve alors que la couronne cellulo-fibreuse qui enserre l'isthme et le col sus-vaginal est transformée en un carcan épais, dur, fixé, qu'il faut enlever avec la tumeur dont il constitue une expansion importante.

C'est d'ailleurs l'avantage du Wertheim que de permettre d'enlever le tissu cellulaire qui entoure le col et surtout le tissu du ligament large, avec les ganglions qui peuvent y être.

Etant donné que le chirurgien ne fait œuvre utile qu'à condition d'aller aussi loin que possible, il devra, quand il décolle l'utérus et le vagin en avant, manœuvrer la pointe des ciseaux le plus près de la vessie. C'est alors qu'il court le risque de produire la perforation,

Pendant qu'il opère ce temps de l'opération, il voit qu'il vient d'ouvrir la vessie, et, parfois, quelques gouttes d'urine s'écoulent. Il tente alors de refermer la plaie par deux plans de suture fines, mais si, souvent, les suites sont simples, par contre on pourra constater, les jours suivants, l'écoulement de l'urine dans le vagin, auquel cas la suture n'a pas tenu et la fistule se constituera.

Mais la fistule se produit quelquefois de façon un peu différente. L'intervention a marché normalement. On a disséqué le tissu cellulaire très loin du côté de la vessie, on a pu même constater que les ciseaux entamaient légèrement la tunique musculuse, mais on a passé outre, et, quelques jours après l'intervention, on remarque que la malade perd un peu d'urine. La fistule alors s'est produite secondairement. Nous ne parlerons pas, bien entendu, des cas où celle-ci se produit dans un temps plus éloigné. Le dernier cas que nous venons d'envisager pourrait être nommé, si on voulait lui donner un nom, fistule secondaire précoce. Au contraire, nous faisons allusion plus haut aux perforations secondaires tardives, réalisées par récidence et envahissement. Cette étude sort du cadre que nous nous sommes tracé.

En somme, la fistule s'établit de deux manières. Ou bien il s'agit d'une perforation créée au moment de l'intervention par une fausse manœuvre; ou bien la fistule est secondaire et résulte du fait que les ciseaux ont entamé partiellement la paroi vésicale, sans cependant qu'on ait remarqué cet incident, ou, du moins, tenté d'y remédier, ou encore qu'on l'ait essayé, mais sans succès.

On pourrait donc s'arguer du mot « fausse manœuvre » dont nous nous sommes servi, pour énumérer un certain

nombre de petits détails de technique capables de diminuer au maximum les risques. On resterait alors sur un terrain un peu théorique.

Malgré cela, M. le professeur Pollosson emploie, pour la dissection de la cloison vésico-vaginale, un petit procédé qui, destiné à éviter la blessure de l'uretère, a en outre l'avantage de permettre, ce danger une fois écarté, d'apporter plus de soins à ce temps de l'hystérectomie.

L'intervention a commencé par la section des ligaments suspenseurs de l'ovaire, la section des ligaments ronds, comme dans l'hystérectomie banale, sauf qu'au lieu d'être faite sur la partie qui vient le mieux, cette section est pratiquée le plus loin possible de la corne utérine.

On a enlevé les annexes pour débarrasser le champ opératoire, et, dans le même but, on a remplacé toutes les pinces par des ligatures. On incise alors le péritoine du cul-de-sac antérieur, et on décolle la cloison vésico-utérine, mais dans une étendue très faible, de façon à l'amorcer simplement.

Laissant là le cul-de-sac antérieur, on se porte de suite à la recherche des uretères, et on continue comme dans les Wertheim types.

Ce n'est qu'une fois les ligaments larges disséqués, les ligaments utéro-sacrés sectionnés, l'utérus soulevé, de façon à offrir en arrière le niveau de la section vaginale, qu'on se reporte en avant, et que, le trajet des uretères ainsi très visible, sans risquer désormais de les atteindre, on achève le décollement en avant.

Le procédé consiste donc à opérer le décollement antérieur en deux temps successifs, un premier au début, l'autre à la fin. Il a surtout pour but d'éviter la blessure de

l'uretère à son débouché dans la vessie; mais indirectement, il permet de mieux voir, et, sans crainte, de disséquer plus soigneusement la cloison, rendue plus apparente encore par l'élévation de la masse utérine.

La pratique de ce procédé permettra donc, dans un certain nombre de cas, sinon d'éviter, du moins d'atténuer les chances de blessure vésicale. Cependant, celle-ci est parfois inévitable, et ceci se présente dans le cas d'envahissement très étendu.

Le néoplasme attaque alors les tuniques de la vessie, les détruit, les ronge, et, ou bien on trouve à l'intervention un bourgeon intra-vésical, ou bien la tumeur a alors envahi la vessie en grande partie de son épaisseur dans une étendue variable. Il faut alors, de propos délibéré, trancher dans l'épaisseur de la paroi.

Lorsqu'on peut respecter la muqueuse, on répare alors par un plan de suture musculoux. Lorsqu'on fait, au contraire, une cystectomie partielle, on tombe dans un autre cas, et la fermeture peut être réalisée de façon occlusive. En tout cas, quand il s'agit de suture, la section vésicale peut être franche, ou, au contraire, il s'agit d'une perforation incomplète, taillée incomplètement et irrégulièrement. Dans ce dernier ordre de faits, on peut exécuter l'oblitération de la plaie de la façon suivante :

Etant donné que les fils déchirent le muscle déjà étiré et tailladé, on oblitère la blessure au moyen de la paroi vaginale antérieure appliquée sur elle. Pour cela, on attire celle-ci, qui plisse assez facilement du reste, et on la fixe par quelques points à la lèvre supérieure de la plaie musculaire vésicale, en prenant soin du reste d'agir à quelque distance de son bord, pour avoir un point

d'appui solide. Après cette manœuvre, on peut avoir quelque fistule légère, mais cette fistule se répare spontanément et assez vite, de sorte que ce procédé constitue un bon procédé.

Tels sont les moyens que le chirurgien possède pour oblitérer la fistule vésicale pratiquée au cours du Wertheim, quand il voit la perforation, ou la blessure tout au moins.

Malgré cela, assez souvent ces moyens échouent et l'on constate, à la suite, le passage de l'urine dans le vagin.

2° *Blessure de l'uretère.* — La blessure de l'uretère, que nous étudions séparément pour plus de clarté, est le gros écueil de l'hystérectomie par Wertheim. Du reste, l'uretère est l'objet d'attention constante du chirurgien qui travaille dans le petit bassin. Sa recherche et sa dissection constituent l'un des temps les plus importants de ce procédé et c'est lui qui en fait une opération difficile. Pour ne pas blesser l'uretère, il faut le voir, et on ne peut être sûr, en disséquant le paramètre, de son intégrité qu'à la condition de l'avoir sous les yeux pour guider les ciseaux à son côté. Aussi cette question de la blessure de l'uretère appelle-t-elle celle de savoir quels sont les moyens de le rechercher quand il ne se présente pas facilement après incision du péritoine.

On a exécuté les préliminaires. On a sectionné et lié le ligament rond et le ligament supérieur. Le cul-de-sac vésico-utérin effondré, le décollement de la vessie amorcé, ainsi que nous l'avons dit, il faut trouver l'uretère. L'utérine liée à ses deux bouts, on peut apercevoir facilement, au-dessous, le conduit, comme un ruban nacré, de la

grosseur d'un porte-plume, tranchant par sa blancheur sur le tissu cellulaire. Sur lui, courent quelques fines varicosités, ramifications longitudinales des vaisseaux qu'il reçoit. Il faut l'isoler par quelques coups de la pointe des ciseaux mousses, tenus fermés. Puis, la même manœuvre est exécutée du côté opposé. Cependant, il arrive plus souvent que cette recherche ne soit pas aussi simple. Après quelques essais, l'uretère est introuvable. Que faut-il faire alors ?

On a donné, pour ce, un grand nombre de moyens. Ils portent surtout sur l'indication du lieu où doivent s'opérer les recherches. On comprend aisément qu'elles doivent être simplifiées si on les fait sur un point fixe, où les rapports de l'organe soient très précis. C'est pourquoi certains conseillent de le rechercher en avant, vers son abouchement dans la vessie. C'est en quelque sorte un temps préliminaire à la dissection du ligament large. D'autres, par contre, préconisent d'aller en arrière. M. le professeur Pollosson préfère le chercher sur les côtés, au-dessous de l'utérine qui, une fois sectionnée, le découvre. Cette manœuvre a aussi l'avantage de commencer la dissection des paramètres.

Ce n'est qu'au cas où on n'arrive pas à le découvrir qu'il faut changer de méthode, et il vaut mieux alors se porter en arrière et en haut. Mais, ce qu'il faut éviter de faire, c'est de commencer en un point et d'abandonner pour se porter en un autre. Le principe consiste à chercher jusqu'à la fin et ce n'est que devant l'impossibilité dûment constatée qu'on est en droit d'aborder une autre région pour apercevoir le conduit et le suivre.

Au cours de ces différentes manœuvres, on peut le

blesses de différentes manières, mais c'est alors là une erreur que la précision des mouvements peut éviter. Aussi n'est-ce pas dans les cas aussi typiques qu'on constate une section du canal. C'est dans les cas où l'envahissement du paramètre est si étendu que le tissu cellulo-fibreux y est transformé en une gangue épaisse et dure qui le serre dans son épaisseur. Il devient alors très difficile d'y trouver l'uretère qui disparaît, confondu avec les tissus néoplasiques, ou qui est tellement serré, qu'on ne trouve que très péniblement un plan de clivage à sa surface. Aussi faut-il agir avec un redoublement de prudence, et cependant ce conseil n'est pas le moyen infaillible d'éviter le danger. Quelquefois encore l'envahissement du paramètre, en rétractant le tissu cellulaire inégalement, au gré de sa marche, détermine des coudures du conduit qui sont une facilité de plus pour sa blessure.

Enfin, alors même qu'il a été découvert, on peut être exposé à l'atteindre quand on l'a dissequé de façon incomplète sur une étendue insuffisante. Il doit être aperçu comme un cordon libre, flottant au-dessus du fond de l'excavation. A ce moment même, si on a réduit au minimum les risques, on ne les a pas écartés de façon absolue, et quand on achève l'ablation de la masse utérine, il reste à veiller sur eux pour ne pas perdre par un coup de ciseaux porté à l'aveugle le bénéfice de tout son travail. C'est donc dire qu'il faut voir et ne couper que ce qu'on voit bien.

Cependant, il est des cas où la recherche de l'uretère est négative, et, sur les côtés, on n'a pu arriver à l'apercevoir. Il peut alors affecter des rapports anormaux, et cette idée dirigera les manœuvres jusqu'à la fin. Mais

l'absence de l'uretère d'un côté est loin d'être rare, et, dans cette occasion, il faut savoir passer outre. On pourra conclure à cette anomalie quand l'uretère opposé a été trouvé facilement et qu'au point symétrique précis, ainsi que dans la zone avoisinante on ne l'a pas rencontré, malgré une minutieuse dissection. Néanmoins la possibilité de cette absence ne doit pas être une excuse et il ne faut sous aucun prétexte écarter des recherches de telle importance dans l'exécution correcte de l'évidement pelvien.

Par contre, il importe de savoir que les faits de duplicité peuvent se rencontrer, et la découverte d'un conduit laisse exposé à la blessure du second.

Cet exposé, qui est non pas seulement théorique, comme on pourrait le croire, mais dont tous les détails sont familiers au gynécologiste, montre quelle est la difficulté de ce temps opératoire, et justifie l'importance que le chirurgien attribue à l'uretère dans les interventions pelviennes.

On a proposé pour le repérage de l'uretère après dissection faite un petit moyen qui consiste à passer un fil en anse au-dessous de lui, de façon à le mettre en vedette dans le champ opératoire, et ce moyen peut être utilisé, en effet, avantageusement. Cependant, si l'aide écarte le conduit et veille à son intégrité au moment où les ciseaux de l'opérateur achèvent la libération du vagin, on pourra s'en passer aisément; ce sera une complication de moins et un peu de temps de gagné.

On pourra avoir, l'intervention terminée, à peu près la certitude que la blessure du conduit a été évitée, quand on l'aura vu constamment, mais seulement dans ce cas.

Dans tous les autres, on gardera des doutes et malheureusement ils seront souvent justifiés par la constatation, quelques jours après, d'une fistule.

Ce sont là les quelques préceptes de la conservation de l'uretère. Nous ne traitons pas des moyens de rétablir sa continuité quand elle a été détruite. Ce serait nous égarer loin de notre sujet. Nous ne ferons que dire un mot de la cysto-urétéro-anastomose, ou de l'abouchement dans la vessie. On la pratique à condition que le canal ait été sectionné suffisamment près du réservoir pour permettre l'allongement nécessaire. La vessie ayant été perforée par une pince introduite de son intérieur vers la cavité péritonéale, les mors de celle-ci saisissent l'extrémité du conduit et l'attirent dans la vessie. Il reste alors à le fixer à la paroi vésicale en dehors de son feuillet séreux par une fine suture, pratiquée sur l'adventice. Cette suture tient assez souvent; mais, d'autres fois, il se fait une fistule secondaire.

Quant aux sections incomplètes, elles sont réparées par une suture latérale sur le conduit.

Enfin, la blessure de la vessie peut venir se joindre à celle de l'uretère et, dans ce cas, on voit la fin de l'intervention se compliquer d'une urétéro-cysto-anastomose et d'une suture vésicale. Cependant, on peut réunir pour ainsi dire ces deux temps distincts en un seul; pour cela il faut recourir à l'artifice suivant : l'extrémité du conduit urétéral est portée au bout de la pince dans l'angle le plus rapproché de son côté de la plaie de la vessie. Il y est fixé par les mêmes procédés, c'est-à-dire que de légers points fins l'y unissent par son adventice autant que possible, et s'il est dénudé, par la partie la plus superficielle

de ses tuniques. Puis, indépendamment de cette partie de la plaie vésicale qu'on a de cette façon utilisée, on referme le reste et la péritonisation du petit bassin isole toute cette zone. Cependant, le chirurgien ne se dissimule pas que le plus souvent une fistule secondaire se produit, et qu'il lui restera quelque chose à faire plus tard, si la néoplasie n'a pas récidivé.

Il est cependant, et nous venons d'écrire un mot qui appelle l'attention sur ce point, une dernière cause de fistule urétérale, indépendante de la section ou des blessures de quelque sorte. Nous parlions d'uretère dénudé; la dénudation totale du conduit sur une certaine longueur est une faute à éviter, car sa gaine adventice est sa gaine nourricière. Le réseau vasculaire qui s'y ramifie, par son mode spécial de division, par sa ténuité, explique qu'une fois détruit, la nutrition du canal sera sérieusement entravée et celui-ci se nécrosera.

Ce mode d'irrigation a été longuement exposé par MM. Latarjet et Laroyenne. Ces auteurs ont montré qu'il existait sur la longueur de l'uretère trois zones différentes au point de vue de la vascularisation. Une première portion, portion supérieure ou rénale, reçoit le sang d'une des branches de l'artère rénale. La portion moyenne est irriguée par des rameaux provenant des utéro-ovariennes. La troisième portion reçoit une branche, appelée artère urétérale inférieure, née de l'hypogastrique et quelquefois de l'iliaque primitive. Enfin, la partie terminale de l'uretère possède quelques petits vaisseaux sous la dépendance des vésicales. L'uretère, dans sa traversée pelvienne est donc irrigué, d'une part, par l'artère urétérale inférieure, et d'autre côté, par de petits ramicules que lui

fournissent les artères vésicales inférieures. Mais l'urétérale inférieure surtout est intéressante à considérer, car elle se bifurque en deux rameaux grêles, ascendant et descendant, et ainsi se constitue un léger réseau longitudinal. Ce réseau est situé dans l'adventice, et si les ciseaux qui dissèquent l'uretère ne respectent pas cette enveloppe, il s'ensuivra de la nécrose du conduit. En particulier, la portion de l'uretère qui confine au point de bifurcation de l'iliaque primitive constitue une zone particulièrement dangereuse, et c'est aussi une des raisons qui font que la ligature de l'hypogastrique et la recherche de l'uretère à cet endroit sont un procédé plus dangereux qu'avantageux.

Ces indications anatomiques ont été données afin de mieux mettre en lumière le fait de la lésion possible, quand la dissection ne respecte pas l'adventice. Dans ce cas, on observe une fistule secondaire. Mais si nous avons énuméré jusqu'à présent et suivi l'étude des causes susceptibles de laisser des fistules urinaires post-opératoires, nous n'avons pas montré le mécanisme de la fistule elle-même. Celle-ci se produit par écoulement des liquides dans le vagin béant.

Quand la péritonisation est achevée, il reste, au-dessus du plancher pelvien, une zone décollée assez étendue en surface. Cet espace libre comprend tout ce qui correspond au paramètre enlevé et à l'utérus disparu, il a la hauteur qui sépare le plancher lui-même du péritoine reconstitué, et c'est au milieu de cet espace destiné à disparaître par suite du processus de guérison, que s'ouvre librement le vagin. Le vagin assure donc de la sorte le rôle de drainer la zone où se sont opérées les manœuvres,

et c'est ce rôle qui a permis de refermer complètement le péritoine et la paroi abdominale, comme cette pratique est entrée dans les mœurs chirurgicales, alors qu'il n'y a pas très longtemps on instituait des drainages sus-pubiens, comme le Mickulicz entre autres. A supposer qu'il se trouve une perforation vésicale ou une section de l'uretère, la péritonisation les enfouit loin de la grande cavité séreuse, et laisse le liquide s'écouler dans la zone dont nous parlons et où le vagin s'ouvre comme un égout collecteur. La fistule s'établit par cette voie, et deviendra permanente, laissant la fermeture vaginale s'arrêter au point nécessaire pour permettre la libre évacuation de l'urine. Si l'oblitération spontanée de l'orifice anormal créé sur les voies urinaires ne se produit, la fistule n'aura pas de tendance à se fermer et il restera alors au chirurgien à compléter par une opération secondaire l'hystérectomie avec évidemment restée pour ainsi dire incomplète.

CHAPITRE II

Étude de la Fistule urinaire et de ses inconvénients.

Quand on examine une malade porteur d'une fistule de ce genre par le toucher vaginal, assez souvent on ne sent rien. Cependant on peut arriver à percevoir l'induration spéciale de la paroi au niveau de l'orifice de communication.

C'est qu'en effet celui-ci est souvent tout petit, de la grosseur d'une tête d'épingle, ou réduit à un petit pertuis.

Cependant ce n'est pas là la majorité des cas. Plus souvent encore, il se présente au doigt comme une fente allongée, placée transversalement ou obliquement. Ou bien, c'est une lumière ovale, parfois encore arrondie. Ses dimensions, extrêmement variables, peuvent alors atteindre la grandeur d'une petite piécette.

Ses parois, dont les bords peuvent être souples, peuvent aussi s'épaissir et former un bourrelet dur, facilement perceptible.

Mais, pour étudier plus exactement ces caractères, et se rendre compte du siège exact, il faut faire placer la malade en position gynécologique, et se servir du spéculum. Caché dans les plis vaginaux, ou tendu dans du tissu

cicatriciel, apparaît alors le canal de passage, sur lequel le point d'union des deux muqueuses peut être vu parfois comme une léger liséré. Mais l'existence du bourrelet fibreux de cicatrice soulève aussi parfois la muqueuse vaginale qui entoure l'orifice comme le fait dans la cloison inter-auriculaire l'anneau de Vieussens pour la membrane de la fosse ovale.

La fistule est rarement multiple. Deroubaix, qui écrivait, en 1870, un traité des fistules génitales de la femme paru à Bruxelles, en signalait l'existence et décrivait, dans certains cas plusieurs orifices séparés les uns des autres par des points muqueux, ou encore par des brides de cicatrice, de sorte que dans cette éventualité il se peut que la duplicité de la fistule soit créée par la cicatrisation. Mais ces considérations ne s'appliquent qu'imparfaitement aux communications un peu particulières qui font l'objet de cette étude, c'est-à-dire les communications post-opératoires consécutives au Wertheim.

Leur existence ne va pas sans entraîner des modifications spéciales des parties voisines, en particulier du vagin. Le vagin, normalement lubrifié par les produits de son système glandulaire, est incessamment balayé par l'urine qui s'écoule, quoique souvent en petite quantité. Aussi les glandes augmentent-elles leurs fonctions et s'hypertrophient-elles. En plus, l'urine qui stagne dans le vagin au contact de l'air, non comme une collection renfermée dans une cavité close, mais comme un vermis humide, subit un commencement de décomposition ammoniacale; de par ces différents mécanismes, le conduit est le siège d'une inflammation chronique.

L'influence de cette inflammation se fait sentir en pre-

mier lieu au point de vue fonctionnel, par les douleurs qui peuvent incommoder la malade, déjà en proie à l'infirmité pénible de la fistule. Mais surtout elle a un retentissement sur les tuniques vaginales et sur la lumière du canal, profondément modifié.

Le vagin présente, en effet, des lésions indépendantes de l'inflammation, qui en sont, pour la plupart, des conséquences. Telles sont les concrétions calculeuses qui se déposent, qui cristallisent en quelque sorte sur ses parois. Mais, plus importantes sont les lésions irritatives qui compliquent la formation du tissu fibreux de cicatrice. Ce tissu, devenu plus dur, plus serré, et surtout moins élastique que le tissu fibreux ordinaire, comble l'espace vésico-vaginal. Il le transforme en une cloison impossible à cliver et s'étend vers le périnée en englobant l'urètre, bientôt noyé dans son épaisseur. L'uretère a ses parois elles-mêmes envahies, rétrécies et, en fin de compte, il est oblitéré, si bien qu'au point de vue anatomique, l'évolution du tissu fibreux se fait dans le sens d'une adaptation nouvelle, en faisant de la fistule une voie devenue définitive.

Ces lésions, qui sont une conséquence directe des modifications structurales apportées par le passage de l'urine et l'irritation qu'elle provoque, existent parfois avec des altérations d'un autre ordre que nous allons maintenant envisager.

Tandis que nous venons de voir les effets de la fistule constituée, il existe des lésions formées au moment de la perforation même, quand celle-ci est secondaire et résulte de la destruction spontanée des tuniques vésicales déjà entamées au moment de l'intervention. C'est le cas

de ce que nous avons nommé les fistules secondaires précoces. Dans les jours qui précèdent immédiatement leur création, se produit une mortification de la paroi, d'où résulte la formation d'une escarre, et c'est la chute de l'escarre qui détermine la fistule. Cependant la chute de l'escarre ne se fait pas tout d'une pièce, mais souvent par lambeaux qui se détachent isolément. Aussi peut-il en résulter des brides qui auront pour effet de rétrécir la lumière vaginale à ce niveau, et à un degré de stricture avancé, de transformer les parties supérieures du vagin en un diverticule où pourra s'accumuler l'urine comme dans un petit réservoir, si le courant et la direction des brides l'y entraînent. On devine quels seront les effets de cette stagnation.

C'est là un premier groupe de constatations. Mais, outre la répercussion que peut avoir la fistule sur le vagin, la vessie elle-même présente des altérations. L'écoulement de son contenu par une voie anormale, le fait que cet écoulement de régulier et méthodique est devenu essentiellement déréglé, le retentissement sur elle du travail d'ulcération, et le contact avec l'air extérieur par la filière vaginale ne sont pas sans provoquer des réactions du côté de la muqueuse.

Il n'est pas indifférent à un réservoir de remplir son rôle ou non. En allant plus loin, il n'est pas indifférent à un organe d'exécuter sa fonction ou de ne pas l'exécuter. Cette règle de physiologie pathologique puise ses preuves dans toutes les branches de la clinique et de l'expérience. Les faits de dégénérescence consécutive aux sections nerveuses nous offrent à cet égard un exemple des plus typiques. Outre la modification de structure consé-

cutive à la section portant sur le fragment de cylindraxe isolé de son centre, qui caractérise la dégénération vallérienne, outre les modifications constatées dans le segment cellulaire ayant perdu ses relations avec la périphérie, les cellules elles-mêmes, qui ne fonctionnent pas, s'altèrent. Si ce rappel peut sembler loin de la question, en réalité, il est destiné à montrer par un exemple pris aussi différent que possible que, ainsi que pour tout élément, tout organe, qui est un composé d'éléments plus simples, perd une partie de ses caractères quand la fonction qu'il remplit est changée. Dans le sujet particulier, la vessie n'étant plus un réservoir, perd sa faculté de contenir, et acquiert des dimensions plus réduites. Incapable de par sa constitution de créer en ce point un appareil musculaire assez puissant pour retenir l'urine et jouer à son égard le rôle, même réduit, d'un sphincter, elle devient un simple renflement sur le trajet des voies urinaires.

D'ailleurs cette réduction est plus apparente que réelle, et la vessie serait, dès l'oblitération de la fistule, capable de reprendre ses dimensions s'il n'intervenait un nouveau facteur, qui est l'irritation de la muqueuse.

Cette irritation est subordonnée à deux causes, au contact de l'air extérieur et aux sécrétions vaginales. Ces sécrétions surtout déterminent rapidement de l'inflammation par contact, et d'autant plus que l'orifice est plus large. Si l'on ajoute que tout le travail préliminaire de réaction qui a abouti à la fistule a considérablement altéré les tuniques, on peut alors conclure que la cystite est inévitable.

Cette complication si fréquente est alors une indication de plus à intervenir, mais dans les limites que nous serons

appelés à fixer. La malade, à ce moment, réclame assistance et demande à être soulagée. Il est facile de se figurer la situation de ces malades qui, souvent encore jeunes, en sont réduites à porter un appareil de recueillage des urines qui les gêne, paralyse leur activité. et, en plus, éprouvent les douleurs parfois intolérables de la cystite.

Nous n'entreprendrons pas de décrire isolément les signes cliniques de cette affection. Et, d'ailleurs, dans le cas que nous envisageons, elle se présente rarement comme un épisode aigu, mais, au contraire, comme une inflammation à tendance chronique, de sorte qu'elle a plutôt pour effet de diminuer les chances de la vessie à reprendre sa souplesse première. Les résultats des interventions entreprises seront alors différents de ce qu'ils auraient pu être sans ce facteur.

Enfin, le siège particulier de quelques-unes de ces fistules leur donne une allure assez spéciale pour que nous en parlions ici. Nous faisons allusion aux cas où la fistule siège latéralement, aux extrémités du trigone de Pawlik. On désigne ainsi une région située sur la paroi antérieure du vagin, dans sa moitié supérieure, et constituée par la bifurcation de la colonne vaginale antérieure. Le vagin présente, en effet, dans toute sa hauteur, un système de rides transversales, qui semblent se détacher d'une saillie longitudinale médiane située sur chacune des parois antérieure et postérieure. Mais, plus marquées dans la partie basse, toutes ces saillies, formées par des replis de la muqueuse, semblent s'atténuer et disparaître, si bien que l'aspect est différent dans le vagin supérieur. Sur la paroi antérieure, en s'élevant, les rides, d'abord

transversales, se brisent à partir de la colonne antérieure, devenant de chaque côté obliques en haut et en dehors, si bien que chacune forme un angle dont le sommet répond à la ligne médiane. On obtient ainsi une disposition en éventail. Mais cet éventail se termine en haut assez brusquement, pour se continuer avec une partie lisse, et, en se terminant, il se comporte comme si la colonne antérieure s'était bifurquée, ses deux branches devenant les dernières rides obliques pour chaque côté.

Cette bifurcation crée les deux côtés d'un triangle dont le troisième bord, transversal, se trouve à 25 millimètres environ au-dessous de l'orifice externe du col. C'est le triangle de Pawlick qui tire son importance de ce que l'uretère s'ouvre dans la vessie au niveau de l'angle externe de cette zone d'un côté et de l'autre. Il correspond à une formation analogue chez l'homme, le triangle de Lieutaud.

Si la fistule s'ouvre à ce niveau, elle intéresse l'uretère, et celui-ci s'ouvrira presque directement dans la cavité vaginale, de telle sorte qu'en explorant l'orifice de la perforation, on pourra faire pénétrer parfois le stylet ou la sonde fine dans celui-ci. Cependant l'uretère, ouvert sur le rebord de l'orifice de communication, peut aussi déboucher sur son versant. Si sur son versant vaginal, il sera explorable en toute facilité; mais si, au contraire, il s'ouvre sur le versant vésical, il sera visible plus difficilement, et alors on ignorera presque fatalement ce détail, que seul le siège de la fistule latéralement peut faire soupçonner. L'exploration de l'uretère, dans ces conditions, sera facilitée par sa béance, et celle-ci est plus grande que de coutume, si l'on s'en rapporte aux obser-

ventions publiées, qui signalent de l'urétérite avec dilatation. Il serait présomptueux peut-être d'appliquer ces données exclusivement aux fistules du Wertheim, ce sont là des caractères communs à toute fistule uro-vaginale, quelle qu'en soit l'origine. Mais cependant la connaissance de ces faits a pour nous un certain intérêt.

C'est que l'étroite dépendance qui associe les voies urinaires supérieures et inférieures, dans les cas où la vessie enflammée chroniquement est rétrécie, constituera une complication sérieuse, entraînera la réaction de l'uretère et du rein, sous forme de néphrite, d'urétérite.

Il est assez fréquent de voir les malades présenter, à quelque moment, des troubles urinaires infectieux. Quelques douleurs lombaires et périnéales, le trouble des urines constaté pendant quelques jours, un peu d'inappétence, quelques céphalées, la sensation de soif avec bouche sèche, sont un accident des fistuleux. Mais il ne s'agit là en somme que de troubles passagers, et soumis à l'influence du salol et des désinfectants urinaires, sous l'influence de l'urotropine administrée comme un véritable moyen de lavage du système urinaire, tout revient à la normale. Tout autre est le tableau de l'infection survenant comme accident aigu et profond, devenue alors chez une malade affaiblie le signe terminal et la complication à évolution fatale. La fièvre vient alors s'installer avec l'allure de la fièvre urineuse, le tracé thermique présente des clochers à flèche vespérale très élevée, ou, au contraire, en plateau. Les urines sont peu abondantes; recueillies, elles présentent une teinte sombre, avec une apparence louche, ou franchement opaque, d'ailleurs avec un gros disque d'albumine. La malade est en proie à un peu de

délire, sa langue est sèche, rôtie, rouge sur les bords, ses mains écailleuses s'agitent en rampant sur le lit. Il s'agit là d'une infection ascendante profonde, coup de fouet plus aigu d'une lésion déjà ancienne, et l'autopsie vient affirmer ce fait en montrant des reins pâles, kystiques, avec une diminution de la substance corticale, sans qu'on puisse nettement distinguer les éléments du parenchyme, dont les stries se confondent dans une teinte grisâtre uniforme.

Tels sont les caractères de la fistule et ses complications, envisagées aux points de vue anatomique et clinique, difficilement séparables. L'examen de ces malades justifie au reste ce plan d'étude dans la question que nous poursuivons, car il s'agit non pas tant de faire le diagnostic de la fistule que d'en reconnaître les caractères et d'en observer les conséquences et les complications, toutes choses qui ont leur intérêt logique pour guider dans la conduite à tenir.

C'est pourquoi il faudra examiner soigneusement ces malades avec le spéculum ou simplement la valve de Sims, en déterminant exactement le siège de l'orifice. Nous avons cependant fait remarquer que si celui-ci est de dimensions moyennes, le toucher aura déjà donné d'importants renseignements.

Quand ce trajet est tout petit, que les urines n'y pénètrent que partiellement, sous forme d'un suintement par quelques gouttes, l'orifice pourra parfois être plus difficile à découvrir. Dans cette occurrence, il existe un moyen de rendre la fistule apparente, c'est de distendre la vessie par une injection liquide. On verra alors sourdre les gouttes au niveau du vagin, qui aura été auparavant

soigneusement asséché. Pour faciliter encore l'examen, on peut se servir d'injections légèrement colorées, comme le permanganate de potasse, ou le lait stérilisé.

Dans les cas où l'uretère s'ouvre sur le contour d'une fistule assez considérable, on pourra voir tomber l'urine goutte à goutte, en périodes régulières. Mais ceci est plus théorique que pratique, et nous ne connaissons pas d'observation où ce fait soit signalé.

Cette dépendance de la fistule urétérale par rapport à la fistule vésicale est le cas le plus fréquent. Plus rarement, la fistule urétéro-vaginale existe seule, et dans le rapport du professeur A. Pollosson au Congrès de Toulouse de septembre 1910, sur 23 cas de blessures opératoires de la vessie et des uretères, il apporte 14 cas de blessures de la vessie seule, 5 de l'uretère seul, 4 de vessie et uretère à la fois.

Si nous n'avons pas parlé jusqu'à présent de la cystoscopie, c'est que nous lui réservons sa place. Moyen de contrôle actuellement indispensable dans les maladies des voies urinaires, la cystoscopie, en montrant l'état de l'orifice du côté vésical, en renseignant sur l'intégrité ou l'altération de la muqueuse, sur le siège de l'orifice urétéral, sur la présence ou non de points de récurrence, apporte des renseignements de la plus haute utilité. Elle pourra cependant être parfois impuissante, faute de pouvoir être pratiquée, quand la vessie rétractée et très sensible, renfermant des urines troubles et difficile à laver, sera le siège d'inflammation vive, mais néanmoins on la préparera dans ces conditions par un traitement préalable à l'aide de lavages fréquemment répétés.

En dernier lieu, il restera à déterminer la date d'appar-

rition de la fistule, pour permettre de préciser dans quelles conditions elle s'est faite. Si l'on se reporte à la grande division que nous avons donnée au début en fistules produites d'emblée et fistules secondaires précoces ou tardives, on voit quelle est l'importance de cette détermination. Fistule secondaire tardive est presque exclusivement le fait de la récurrence, et, dans ces conditions, il n'y a rien à tenter. Aussi, ces cas s'éliminent-ils d'eux-mêmes. Dans chacun des deux autres cas, le traitement est identique, mais il reste à savoir que les fistules peuvent s'oblitérer spontanément, et cette donnée conduit, elle, à quelques indications particulières.

En résumé, nous venons de voir la question par son côté critique; il en résulte la conclusion que toute fistule, la récurrence mise à part, est une infirmité pénible et l'intervention de règle, quand la technique peut promettre de bons résultats. C'est donc ce chapitre du traitement qu'il nous reste à envisager.

CHAPITRE III

De la cure des Fistules urinaires vaginales.

Nous avons, en passant, dit quelques mots de l'oblitération des plaies vésicales et urétérales, pratiquées en cours d'opération. Pour fixer les idées nous rapporterons ici les résultats statistiques du professeur Auguste Pollosson, sur 211 observations :

Blessure de la vessie seule (14 cas). Sept fois la blessure a été fermée immédiatement. La guérison a été obtenue six fois, une fois on a constaté secondairement une fistule, et la malade est morte d'infection urinaire.

Sept autres fois, la suture n'a pas été tentée, deux fois on a pu intervenir pour faire un colpocléisis.

Blessure de l'uretère seul (5 cas). Trois fois il s'agissait de section latérale incomplète. On pratiqua la suture qui produisit l'oblitération complète.

Deux fois la section était complète. On fit, dans un cas, une urétéro-cysto-anastomose qui fut suivie de guérison. L'autre fois, on oblitéra l'uretère par une ligature atrophiante, et la guérison opératoire fut suivie de récurrence.

Blessure simultanée de la vessie et d'un uretère (4 cas). Dans une observation, la restauration immédiate fut suivie de fistule, et trois mois après la malade mourut de pyélo-néphrose. Une seconde malade, qui avait gardé une fistule, n'a pu être retrouvée.

Deux autres, laissées sans suture, ont été opérées dans la suite par colpocléisis.

La question du traitement des fistules urinaires consécutives au Wertheim remonte au jour où l'on rapporte des cas de longue survie. Dès ce moment-là, on chercha à soulager une infirmité aussi gênante, mais, cependant, la possibilité des récidives, et les dangers d'une seconde intervention imposèrent quelques réserves et des restrictions, capables de dicter le choix de tel ou tel procédé.

Si on laisse ces femmes livrées à elles-mêmes, outre l'inconvénient de perdre leurs urines, elles sont exposées aux complications que nous avons énumérées, l'infection du vagin, de la vessie, et la pyélonéphrite. Cette perspective mérite donc de tenter une oblitération.

Nous avons vu cependant qu'une fistule était susceptible de s'oblitérer par elle-même, de façon spontanée. Mais il faut distinguer entre les fistules vésicales et les urétérales. Le mécanisme d'oblitération est réalisé par le resserrement concentrique de l'orifice, ce resserrement s'opérant par une véritable rétraction du bord, transformant le défilé en un pertuis infranchissable. Mais le siège peut être un obstacle à cette cicatrisation, quand la fistule est au voisinage de l'embouchure urétérale. A ce moment, l'urine en s'infiltrant goutte à goutte et sans arrêt, oppose un empêchement absolu à l'oblitération. C'est pourquoi les fistules urétérales sont des fistules définitives.

Il faut donc subordonner l'intervention à certaines conditions. Les limites en seront déjà plus nettement fixées si on n'intervient qu'après un certain délai, car on pourra se rendre compte de la récidive possible, et, en

pareil cas, ne pas faire une intervention aussi nuisible qu'inutile. Dans ce délai, en second lieu, toute fistule ayant tendance à se fermer sera oblitérée ou sur le point de l'être de façon absolue. La longueur de ce délai doit être fixée à six mois. De plus, il peut exister à ce moment des contre-indications tenant non plus à certaines particularités de l'état local, mais à des modifications de l'état général, surtout par infection urinaire ascendante. Des lésions rénales avancées, des urines très sales, une langue sèche, seront une défense de toucher, à cause de la gravité de l'opération dans ces conditions, et de la presque certitude que les sutures lâcheront.

C'est donc restreindre dans une certaine mesure l'opportunité opératoire, mais les simples réflexions que nous avons émises justifient amplement cette conduite thérapeutique, et nous verrons du reste comment on peut en tirer parti, quand nous jugerons les résultats que nous rapportons.

Le chirurgien qui a promis à sa malade la guérison de sa fistule doit avoir à sa disposition un procédé simple et rapide, dont les résultats lui soient garantis autant que possible. Or, il existe, pour combler les fistules urinaires vaginales, un assez grand nombre de procédés qui, tous, peuvent être à la rigueur employés pour les fistules consécutives au Wertheim. Ces méthodes se divisent en deux grandes classes, suivant qu'elles s'adressent à l'orifice pour en rapprocher les parois, ou qu'au contraire, elles isolent la portion du vagin au voisinage pour le transformer en cavité close. Les premières sont des oblitérations directes, les secondes des oblitérations indirectes.

Le principe général de l'oblitération directe des fistules vésico-vaginales est le suivant : la malade étant placée dans la position gynécologique, sous l'influence de l'anesthésie, on amène la fistule sous les yeux de l'opérateur. Pour cela, on place une valve sur la fourchette, une pince tire-balle fixe abaisse le col, en constituant un point de repère. Nous ne parlons pas ici des positions diverses qui ont été conseillées, et entre autres la position genu-pectorale. Elle a, croyons-nous, le désavantage de rendre les préparatifs plus compliqués, le rôle de l'anesthésieur très difficile, sans procurer des avantages en rapport avec ces inconvénients.

L'orifice étant bien exposé, il faut en aviver les bords pour rendre possible la coaptation des surfaces affrontées. Mais la section doit porter inégalement sur les muqueuses vaginale et vésicale, car si la vaginale ne présente pas de danger, par contre l'incision de la muqueuse de la vessie, très richement vascularisée, expose aux hémorragies consécutives, et voilà pourquoi aux pratiques plus anciennes les Américains ont préféré le petit procédé que nous décrivons. Le bistouri, qui est un petit bistouri à long manche, et à lame très courte et très fine, est tenu obliquement, de façon que, perforant la muqueuse vaginale à 2 ou 3 centimètres des bords de la fistule, il plonge dans l'épaisseur des tuniques et vienne ressortir par sa pointe en plein bord à l'union de la vessie et du vagin. Il n'y aura plus alors qu'à enlever sur tout le pourtour, en cheminant comme le ferait un rasoir, une collerette muqueuse d'une largeur partout égale. Après quoi, on pratiquera la suture, qui comprendra un premier plan de fils profond et un second plan superficiel sur la section de muqueuse vaginale.

Nous n'entreprendrons pas ici la description du procédé autoplastique par dédoublement, qui ne peut être employé après le Wertheim, dont nous verrons les résultats sur la morphologie du vagin et le pouvoir mobilisateur de ses parois.

Nous n'accorderons de même pas de plus grande importance aux procédés qui utilisent la voie sus-pubienne.

Nous nous trouvons alors en face des procédés par voie indirecte, qui consistent à ne pas toucher à la fistule elle-même, mais, au contraire, à opérer en tissu sain et à faire artificiellement une fermeture sous-jacente empêchant l'écoulement de l'urine à l'extérieur.

Cette distinction primordiale en deux grands groupes de procédés opératoires pour la guérison des fistules vésico-vaginales se retrouve pour les fistules urétéro-vaginales. Les procédés directs ont pour objet de transformer l'abouchement urétéral dans le vagin en le disséquant et en le transportant dans la vessie. Pour cela, on crée une fistule vésico-vaginale si elle n'existe pas; une petite sonde urétérale glissée dans le conduit facilite les manœuvres en le repérant très exactement. L'uretère étant disséqué, on le mobilise et, par la fistule, on en porte l'extrémité dans la vessie; la muqueuse vaginale est suturée par-dessus lui et l'abouchement vésical est constitué.

Cette description faite à titre général, qui ne nous occupe qu'indirectement comme exposé, montre cependant, quoique brève et toute schématique, qu'il s'agit là de manœuvres minutieuses, difficiles, et la voie indirecte nous semble préférable, d'ailleurs équivalente à la méthode indirecte employée contre les fistules vésico-vaginales.

Les procédés indirects, ou procédés de fermeture du

vagin au-dessous de l'orifice, reposent sur ce fait que, dans les cas de communication assez large, une partie du vagin peut être transformée en un diverticule du réservoir urinaire, dont il augmente ainsi légèrement la capacité. Cette réalisation est faite par l'intermédiaire de deux procédés : l'épisiorrhaphie, ou oblitération de la vulve; le colpocléisis, ou oblitération du vagin. Le premier doit être abandonné dans les cas qui nous occupent, et de même il rencontre en gynécologie peu d'indications. Quant au second, c'est le meilleur de tous les moyens, et nous en établirons plus tard les avantages; mais, disons de suite que ce colpocléisis doit être fait très haut, et c'est pourquoi nous lui donnons la désignation de *colpocléisis élevé*.

L'histoire de cette opération remonte à 1844 (Vidal de Cassis), au moment où les procédés d'oblitération directe, incomplets et encore mal réglés, donnaient surtout des insuccès. Le procédé américain était, à ce moment, inconnu et ce n'est qu'en 1858 qu'il fut apporté par un élève de Marion Sims, de New-York. Vidal de Cassis imagina de fermer complètement le vagin à son orifice vulvaire, pensant que les échecs obtenus provenaient des dimensions insuffisantes du réservoir urinaire. Il croyait que la capacité vésicale étant augmentée, le séjour des urines devait se faire plus certainement. Son procédé consista à suturer les grandes lèvres aux bords de l'entrée du vagin. Mais aucun résultat ne fut obtenu. L'opération, tentée par d'autres chirurgiens, échoua de la même façon et en particulier, A. Bérard eut un cas de mort.

Quelques années plus tard, Bozeman arrivait à Paris, avec une méthode de fermeture directe et l'exécutait dans

les hôpitaux, obtenant de beaux succès. Très rapidement alors elle se vulgarisa et, en 1861, Marion Sims vint en personne opérer dans le service de Velpeau pour indiquer quelques détails de son procédé.

En même temps, Simon, chirurgien à Rostock, proposait le colpocléisis ou oblitération du vagin pour les cas rebelles. Pratiquée depuis dans un nombre restreint de cas, elle a repris de l'importance le jour où la thérapeutique du cancer de l'utérus est entrée dans le domaine actuel par l'apparition du Wertheim. Il semble, en effet, difficile dans ces cas de chercher à s'adresser à la fistule même. D'autre part, la mutilation du vagin enlève toute objection à la fermeture élevée, mais ceci entraîne quelques explications. Il importe, en effet, d'exposer comment se fait l'oblitération post-opératoire de celui-ci, ce qui permettra de comprendre comment l'oblitération des fistules sera avant tout l'oblitération indirecte.

Quand, au dernier temps de l'hystérectomie pour cancer, l'évidement pelvien étant complet, il s'agit de refermer en péritonisant, quelle sera la destinée du vagin ? Le vagin restera ouvert, comme un gros drain placé dans le pelvis, et recueillera toutes les sécrétions et les produits collectés pour les évacuer au dehors. Aussi la terminaison de l'intervention est-elle la suivante : On fixe d'abord, par trois points la tranche vaginale postérieure aux tissus sous-péritonéaux, pré-rectaux, de façon à repérer ; mais, en outre, ces points servent à l'hémostase et jouent un rôle de soutien, de suspension vis-à-vis du vagin. Dans l'orifice de celui-ci, l'extrémité d'une mèche est glissée, dont le corps est étalé dans l'entonnoir cruenté qui reste à combler. Par-dessus, le péritoine est adossé et suturé

par des points séparés. La péritonisation est alors complète. Les jours suivants, la mèche sera retirée par le vagin, et celui-ci se refermera spontanément à son extrémité supérieure, de façon à prendre la forme d'un cône dont la pointe se perd dans le tissu cicatriciel sous-péritonéal.

Il faut ajouter que le tissu cicatriciel s'étend autour de lui en anneau, et que les conditions sont bien changées. L'avivement direct des bords de la fistule urinaire persistante rencontre de nombreuses objections.

Le voisinage de l'uretère est un désavantage, car il condamne à une intervention soigneuse, délicate, et, sur un conduit déjà tirailé au moment de l'opération première, peut-être dépourvu d'un certain nombre de ses vaisseaux, on s'expose au risque d'une oblitération. La longueur des manœuvres, leur difficulté, sont un facteur qui n'est pas à dédaigner pour des femmes qui viennent de faire les frais d'une réparation aussi étendue. Cette réparation a entraîné du côté du nouvel orifice des modifications vasculaires et conjonctives qui en font une zone très vascularisée et difficile à disséquer. La possibilité de lésions de voisinage est un nouveau danger pour le maintien des sutures. Aussi, si l'oblitération directe peut être exécutée, le colpocléisis se présente avec des avantages incontestables, avantages qui seront mis en valeur par l'exposé de sa technique.

La malade est placée dans le décubitus dorsal, les jambes relevées sur le ventre et maintenues par un système d'attaches. La vulve est rasée et savonnée. L'anesthésie sera l'anesthésie générale, qui donne une immobilité plus parfaite, une durée plus longue, qui donne aux tissus un

relâchement plus complet. La toilette est achevée par la teinture d'iode autour de l'orifice vulvaire; quelques gouttes d'iode en solution alcoolique très étendue sont aussi versées dans le vagin et répandues à l'aide d'un tampon. Il faut employer pour les muqueuses des solutions très faibles, sinon sous l'influence de l'iode elles prennent une coloration noire qui gêne beaucoup l'opérateur.

Le premier temps est un temps destiné à aviver les surfaces à mettre en contact. Pour cela, une grande valve étant placée sur la fourchette, les bords de la future incision sont tendus à l'aide de pinces. Cette incision est circulaire. Elle doit faire le tour du vagin en passant à 2 centimètres en-dessous du bord inférieur de la fistule. Le mieux, pour l'exécuter parfaitement, est de la décomposer en quatre portions. Le bistouri tenu droit incise d'abord transversalement sur la paroi antérieure, puis il abandonne cette première ligne et se porte sur la paroi postérieure, en face d'elle, et incise parallèlement. Il reste à réunir de chaque côté par un ou plusieurs coups. Mais il vaut mieux aller lentement, car cette incision est extrêmement importante au point de vue surtout de son siège exact. Chaque coup de bistouri faisant saigner, il sera suivi d'un coup de tampon, ce qui laisse voir et empêche d'être aveuglé par le sang.

L'incision circulaire étant complète, le chirurgien, armé du bistouri et d'une pince à disséquer, isole de haut en bas un anneau muqueux haut de 2 centimètres sur tout le pourtour. La manœuvre peut être facilitée en tendant les parois, ce qu'on peut faire à l'aide des pinces, mais ce qui sera réalisable aussi en faisant mettre un doigt dans le rectum par un aide, pour la paroi postérieure, et en

abaissant la paroi antérieure par le moyen d'une sonde métallique introduite par l'urètre dans la vessie. Quand ce temps est exécuté, il reste simplement à affronter les lambeaux muqueux. On en possède ainsi deux, un supérieur, adhérent, circulaire, un inférieur, flottant, libre, les deux étant séparés par une surface de 2 centimètres de hauteur, correspondant à la zone de la collerette disséquée. Ces trois parties répondent à trois plans de suture distincts. En utilisant une petite aiguille à long manche, on affronte le circulaire supérieur par ses parties en regard, en se servant de catgut, qui évite d'aller plus tard à la recherche des fils en nuisant à la solidité des sutures. Le premier plan crée ainsi l'oblitération en isolant une partie du vagin devenue en communication approuvée avec la vessie.

Il ne reste plus qu'à affronter les points en regard de la collerette vaginale, par le même moyen, cette zone devenant l'extrémité supérieure ou le fond du vagin. Cependant, nous croyons plus utile d'utiliser les tuniques vaginales cruentées qui se trouvent entre ces deux plans muqueux, en y faisant un troisième plan de sutures. mais qui seront seulement au nombre de deux ou trois. L'affrontement étant terminé, on aura donc créé une cloison transversale dans la partie supérieure du vagin. Cette cloison a une face supérieure muqueuse, formant la limite basse d'un diverticule de la vessie. Elle présente une face inférieure muqueuse également, qui constitue la voûte du vagin, ainsi abaissée. Quant au corps même de la cloison, il est formé par le tissu vaginal que le deuxième plan de suture a ramené, froncé vers la ligne médiane, et c'est là le rôle de ce plan surajouté que de donner à la

cloison une épaisseur que les deux lambeaux muqueux adossés l'un à l'autre feraient insuffisante.

En étudiant la technique du colpocléisis élevé, nous avons eu surtout en vue la technique suivie pour la guérison d'une fistule vésico-vaginale. Les fistules urétéro-vaginales, quand elles sont justiciables de ce mode de traitement, donnent quelques caractères spéciaux qui font modifier l'intervention de la façon suivante : l'oblitération d'une portion du vagin dans laquelle se collecterait l'urine est, par simple évidence, impossible. Aussi faut-il, dans ce cas, pratiquer une communication préalable entre le vagin et la vessie, en d'autres termes, réaliser le mécanisme de la fistule vésico-urétéro-vaginale. Cette modification a pour but de conduire le liquide vers la vessie, et on comprend aussi que, dans ces cas, le plus souvent, on pourra pratiquer le colpocléisis plus haut que pour les fistules vésicales, en raison de la situation haute elle-même de l'orifice de communication urétéral, et de ce fait que la voie vésico-vaginale sera faite aussi haute que possible.

Mais ce n'est pas là une éventualité aussi fréquente que celle de la fistule urétéro-cysto-vaginale. En effet, l'attention apportée à la dissection de l'uretère dans le Wertheim rend moins fréquentes les blessures isolées de ce conduit, blessures qui portent en général sur la portion intra-ligamentaire. Ce sont alors des déchirures incomplètes qu'on répare facilement par la suture. La statistique du professeur Pollosson porte, en septembre 1910, cinq cas de blessures de l'uretère seul, dont trois incomplètes furent suturées et guéries. Dans les deux autres cas, où la section était complète, on fit une fois une

ligature oblitérante, et une autre fois une cysto-urétéro-anastomose qui guérit. Les indications du colpocléisis en dehors de la fistule simple vésico-vaginale sont donc rares à l'égard des fistules urétéro-vaginales, mais se retrouvent pour les fistules complexes urétéro-vésico-vaginales.

Cependant, avant de présenter les dernières réflexions que nous a suggérées la méthode du colpocléisis élevé, nous insisterons sur quelques détails de technique. L'asepsie du vagin, élément dont l'importance est actuellement hors de doute en ce qui concerne la consolidation des sutures, sera obtenue au moyen de la teinture d'iode, dont nous avons indiqué l'emploi en décrivant le manuel opératoire. M. Pollosson insiste aussi sur le lieu de la section circulaire. Cette section doit être faite à 2 centimètres du bord inférieur de l'orifice vésico-vaginal, afin de ne pas tirer sur lui, ce qui pourrait gêner le libre passage, et qui, surtout en opérant des tractions sur le plan suturé, nuirait à sa cicatrisation.

Enfin, en raison de l'inconvénient constitué par l'urine venant mouiller les fils et imbiber la cloison édifiée, il sera bon de maintenir une sonde à demeure dans la vessie, pour détourner les urines au fur et à mesure qu'elles y arrivent.

Les accidents du colpocléisis sont insignifiants. Comme on opère sur une muqueuse, on peut se trouver aux prises avec une hémorragie en nappe, parfois difficile à maîtriser. Dans ce cas, il faudra faire des aiguillages sur les points qui saignent, et assurer l'hémostase par du catgut fin passé sous les zones qui suintent abondamment. D'ailleurs, les sutures d'affrontement achèvent elles-mê-

mes l'hémostase. En somme donc, cet incident n'a pas d'autre importance que de prolonger un peu la séance opératoire. Mais il n'en est pas de même des infections légères qui peuvent se produire soit par l'intermédiaire de l'urine qui souille la plaie et y stagne, soit par l'intermédiaire des sécrétions vaginales. L'effet de l'infection est la perte du bénéfice de l'intervention quand les sutures lâchent. Mais alors, la production des bourgeons charnus par avivement des lambeaux, la cicatrisation mise en branle et esquissée, permettent à la cloison de se constituer secondairement; il ne faut donc pas croire, quand les fils ont lâché, que tout est perdu: spontanément, en suivant l'impulsion donnée, la cicatrisation peut se produire, et le colpocléisis se réalise. Nous rapportons, comme exemple de ce cas, l'observation suivante :

OBSERVATION

(M. le Professeur POLLOSSON)

L..., née T... Marie, 48 ans. Hystérectomie avec évidemment pelvien le 10 novembre 1910, pour un néoplasme du col. Intervention particulièrement difficile. Le paramètre est envahi très loin. Il se trouve, de chaque côté, au niveau des vaisseaux iliaques externes, un paquet de ganglions néoplasiques qu'on dissèque et qu'on enlève.

La pièce enlevée indique que l'ablation de la tumeur et de ses ailettes a été très large.

Après l'intervention, la malade a présenté une fistule vé-sico-vaginale. Examinée le 13 janvier, on note à ce moment un orifice, perçu facilement au doigt et des dimensions d'une

pièce d'un franc; sur le bord, le tissu voisin est épaissi et résistant.

Le 1^{er} juin 1911, on réintervient pour fermer la fistule par colpocléisis secondaire.

Actuellement, 20 juin, les lèvres de l'affrontement vaginal qui se sont disjointes après l'intervention ont tendance à se rejoindre. La malade dit de façon certaine qu'elle perd moins ses urines qu'auparavant.

Sans vouloir faire dire aux observations ce qui n'est pas, et en toute sincérité, il est certain, malgré l'échec du colpocléisis, que, vingt jours après, la malade accuse une amélioration indiscutable. Aussi est-il permis d'espérer un résultat excellent d'ici peu. D'ailleurs, nous ne tablons pas sur ce cas trop récent pour prôner la méthode, elle s'appuie sur d'autres résultats que nous indiquerons tout à l'heure.

On pourrait objecter qu'on oblitère ainsi le vagin, et avant l'emploi du colpocléisis, après l'hystérectomie pour cancer, cet argument avait quelque valeur. On connaît, par exemple, l'observation de Hahn; le mari de sa malade réclama quelque temps après la réouverture du vagin. Cet argument n'est plus de mise dans le cas particulier. Des femmes un peu plus âgées, à qui on a enlevé la plus grande partie du contenu du petit bassin, n'ont que bien peu de droits à espérer de la vie autre chose que celui de vivre bien portantes et sans souffrir.

Cependant il est une autre objection qu'on a soulevée, et dont les termes sont les suivants : après création d'un diverticule vésico-vaginal, n'est-il pas à craindre que ce diverticule devienne en quelque sorte l'égout de la ves-

sie et qu'au contact de la suture muqueuse qui le ferme des infections ne se produisent. Ces infections légères dans ce cloaque ont d'ailleurs peu de chances de revêtir une allure sérieuse, mais n'aurait-elle que l'inconvénient de donner lieu à des dépôts cristalloïdes et des calculs, l'hypothèse d'un calcul formé là doit encore être envisagée. On peut répondre à cet argument que semblable éventualité ne s'est pas produite dans les trois observations que nous rapportons, et, en outre, un calcul peut être très bien toléré. Il arrive à l'autopsie des vieillards de découvrir des pierres enchatonnées dans les replis d'une vessie à cellules, si bien que, presque isolées de la cavité vésicale même, elles se trouvent en quelque sorte intrapariétales. De même, un calcul formé sur place peut arriver à remplir le diverticule vagino-vésical, en se modelant sur ses parois, et c'est peut-être même là un processus favorable. Mais, discuter sur ce terrain sans l'appui d'observations est par trop théorique, et une controverse éloignée de la clinique est forcément stérile. Aussi, en laissant à l'argument sa valeur, nous répondons simplement qu'il ne nous semble pas que ce fait puisse constituer une complication importante et une contre-indication.

Le colpocléisis s'offre donc avec des avantages indiscutables. Ces avantages sont doubles, ils intéressent à la fois le chirurgien et la malade. L'opérateur a en son pouvoir un procédé bien réglé, qui lui permet d'agir en tissu sain, sans avoir à se préoccuper des recherches et des dissections toujours longues et difficiles qu'entraîne la cure par voie directe, en particulier quand, l'uretère étant intéressé, il faut le disséquer, transformer sa terminaison, lui créer un tunnel qui lui permette de s'aboucher

dans la vessie. On agit moins profondément, les tissus viennent mieux, le tissu fibreux n'est pas un obstacle à la reconnaissance des plans; partant, l'opération, plus simple et plus méthodique, se présente avec de plus grandes chances de succès. Mais les avantages sont aussi pour les malades, et pour montrer le bien-fondé de ces assertions, le mieux qu'on puisse faire est de rapporter les trois observations suivantes, dues à l'obligeance de M. le professeur Pollosson :

OBSERVATION I

G..., veuve L., 34 ans. 18 mars 1905, néoplasme du col, hystérectomie avec évidemment pelvien. L'intervention s'exécute correctement. On trouve un ganglion juxta-utérin qui paraît macroscopiquement sain. L'uretère est blessé en cours de route. On le fixe à la vessie par aboutement. Mais il se produit secondairement une fistule vésicale qui nécessite un colpocléisis élevé.

Le résultat a été parfait à tous les points de vue. La malade n'a plus perdu ses urines.

Elle a été revue dernièrement; elle est en parfait état, elle retient ses urines. Le colpocléisis a donc donné une guérison absolue, fait qui est remarquable, puisqu'il s'agit d'une malade qui, d'autre part, a été guérie depuis longtemps d'un néoplasme du col par hystérectomie abdominale avec évidemment pelvien.

OBSERVATION II

P... B..., 41 ans. 20 septembre 1906, néoplasme du col, hystérectomie avec évidemment pelvien. Des deux côtés, il existe un pyosalpinx en évolution sous forme de collection

volumineuse attaquant l'ombilic en hauteur. L'opération est extrêmement difficile. On fait, au cours de l'intervention, une blessure vésicale qu'on suture.

Les suites opératoires sont simples, mais il persiste une fistule urinaire vaginale, pour laquelle on intervient un an après pour faire un colpocléisis.

La malade a été perdue de vue, mais, en 1908, lors du dernier examen, on n'avait pas constaté de point douteux au point de vue de la récurrence.

OBSERVATION III

S... H..., 43 ans, 18 juillet 1907, néoplasme du col avancé avec un fort prolongement dans le ligament large droit. Cas mauvais. Hystérectomie avec évidemment pelvien.

Il existe une salpingite kystique bilatérale, chaque trompe contenant 100 à 120 cc. de liquide clair.

Au cours de l'intervention, on trouve l'uretère droit serré par l'envahissement néoplasique et dilaté au-dessus de cette striction, de façon à atteindre le volume du petit doigt.

Il se produit de multiples incidents. Il y a déchirure du néoplasme. On résèque l'uretère droit et on résèque une partie de la vessie. L'uretère est fixé à l'angle de la plaie vésicale, mais celle-ci n'est pas suturée. On met une mèche dans le vagin.

Sept mois après, on pratique un colpocléisis pour la fistule urinaire consécutive à l'intervention.

En juillet 1908, on constate une récurrence. La malade finit par succomber.

En présence de ces observations, quoique peu nombreuses, car le colpocléisis pratiqué dans ces conditions

est une chose rare, nous sommes amenés aux idées suivantes. D'abord c'est une opération excellente, puisque dans trois cas sur trois elle a donné le résultat demandé. Nous ne parlons ici, bien entendu, d'aucune façon de l'évolution des malades au point de vue de leur néoplasme, mais uniquement de ce qui concerne la fistule urinaire et sa guérison. Mais, de plus, il peut s'en dégager des conséquences plus importantes, capables de modifier sérieusement l'intervention première.

Quand on constate, au cours d'un évidement difficile, que la vessie a été perforée, quand en recherchant l'uretère, on le trouve en un point sectionné, le temps de réparation qui doit suivre vient allonger singulièrement l'intervention, et lui ajoute un facteur de gravité. Aussi, au cas où nous admettons qu'il puisse exister un procédé simple et commode d'oblitérer les fistules secondairement, rien ne s'oppose à ce qu'on laisse s'établir celles-ci. Dans ces cas, après abouchement de l'uretère à l'angle de la plaie vésicale, où il sera tenu par quelques petits points, cette dernière sera laissée béante. Ce sera donc abrégé, éviter les ennuis possibles d'une suture minutieuse, en somme donner la sécurité au malade et au chirurgien. Il pourra se faire plus tard une oblitération spontanée du trajet fistuleux, mais si cette oblitération ne s'effectue pas d'elle-même, il restera à pratiquer le cloisonnement du vagin par colpocléisis. Comme on le voit, c'est là un fait de premier ordre, et la faculté de pouvoir laisser ouvertes sous le péritoine refermé les plaies opératoires de la vessie et de l'uretère doit être jugé comme un procédé plein d'avantages, que les constatations viennent d'ailleurs justifier.

CONCLUSIONS

I. — L'opération de l'hystérectomie abdominale avec évidemment pelvien pour cancer utérin entraîne comme une de ses plus fréquentes complications des fistules urinaires vaginales qui sont ou vésico-vaginales ou urétéro-vaginales, les deux étant parfois associées.

II. — La cure de ces fistules peut être obtenue par des procédés directs, s'adressant à la fistule elle-même pour l'aviver et suturer ses bords, et des procédés indirects, dont le plus important est le colpocléisis.

III. — Les conditions particulières des malades et les modifications anatomiques apportées par l'opération de l'hystérectomie abdominale avec évidemment pelvien pour cancer utérin nous font préférer la cure par moyens indirects.

IV. — Il est important de différer la date du colpocléisis jusqu'à six mois au moins après l'opération primitive, de façon à éviter une opération inutile au cas où une récurrence surviendrait dans ce délai.

V. — Le colpocléisis sera exécuté haut; nous l'appelons colpocléisis élevé; l'incision circulaire sera menée à deux centimètres du bord inférieur de la fistule.

VI.— Les résultats obtenus dans quelques cas justifient cette méthode qui est elle-même sans gravité.

VII. — La faculté d'avoir à sa disposition un moyen d'oblitération peut permettre au chirurgien qui pratique un Wertheim d'abrégér l'intervention en laissant sans les suturer les plaies vésicales et urétérales, quitte à intervenir plus tard pour faire une opération bénigne de colpocléisis élevé.

Vu :

Le Président de la Thèse,
A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 24 juin 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Cette Bibliographie n'indique que les principaux mémoires parus sur les Fistules urinaires vaginales. La bibliographie du Wertheim se réduit à peu de chose.

- BOZEMAN N. — Remarks on vesico-vaginal fistula. *Louisville Rev.*, 1856.
- MARION SIMS. — *Silver sutures in surgery*, New-York, 1856.
- VERNEUIL. — *Gaz. hebdom.*, 1859.
- ROBERT. — *Gaz. des hôp.*, 1859.
- FOLLIN. — *Archives générales de médecine*, 1860.
- VERNEUIL. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1860.
- SIMON. — *Deutsche Klin.*, 1868.
- DEROUBAIX. — *Traité des fistules uro-génitales de la femme*, Bruxelles, 1870.
- BOZEMAN. — *Annales de gyn.*, 1876.
- HAHN. — *Berl. klin. Woch.*, 1879.
- FREUND. — *Klin. Beiträge zur Gyn.*, 1882.
- FRITSCH. — *Centr. f. Gyn.*, 1888.
- KEHRER. — *Centr. f. Gyn.*, 1889.
- POLLOSSON A. — *Rev. de gyn. et ch. abd.*, 1905.
- CHÉMIEUX. — XVIII^e Congrès français de ch., 1905.
- LUYS. — *Endoscopie de l'urètre et de la vessie*, 1906.
- CHÉMIEUX. — *Revue de gyn. et chir. abd.*, 1906.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*, 1907.
- LATARJET et LAROYENNE. — Congrès des anatomistes, 1908.
- POLLOSSON A. — *Lyon chirurgical*, 1^{er} février 1909.
- POLLOSSON A. — Congrès de Toulouse, septembre 1910.
- ROCHET DE MÜLLER. — *Annales génito-urinaires*, 1910.

